

Störungen des Sozial- und Bindungsverhaltens

Dr. Lucien Nicolay

2002; rev. 2006

Definitionen: Persönlichkeit I

Eysenck: Mehr oder weniger stabile und dauerhafte Organisation des Charakters, Temperaments, Intellekts und Körperbaus eines Menschen, die seine einzigartige Anpassung an die Umwelt bestimmt. (= komplexes Verhaltenssystem)

Sullivan: Das überdauernde Muster wiederkehrender interpersoneller Situationen, die ein menschliches Leben charakterisieren.

Deneke: Seelisch-geistige Struktur eines Menschen, aufgebaut aus den neuronalen Repräsentationen individualgeschichtlich erlebter, interaktioneller Episoden, die dann über viele Umformungsschritte zu sekundären Repräsentationen höherer Ordnung & Komplexität weiterentwickelt werden.

Definitionen: Zwischenfrage II

- Wie entstehen Persönlichkeiten, die antisoziales oder aggressives Verhalten zeigen?
(– oder aber sozial-unsicheres, ängstliches Verhalten als Gegenpol?)
- Dies ist das Hauptanliegen der Präsentation (Teil 1).

Exkurs: F9

- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (nach ICD-10, Forschungskriterien)
- Präsentiert von Christian Bethke-Jaenicke
- [F9.ppt](#)

Definitionen: Aggressives Verhalten III

- Aggressives Verhalten: Handlungen, die eine Person oder Gruppe in ihrer leiblichen oder psychischen Integrität, in ihren Absichten und Interessen, Rechten und Gütern beeinträchtigen, schädigen oder vernichten (nach Heckhausen)
- Kann auch dissoziales und delinquentes Verhalten umfassen

Definitionen: Delinquentes Verhalten IV

- Juristische Kategorie, nicht psychologische Kategorie
- Jugendliche, die für eine Übertretung schuldig gesprochen werden, die im Erwachsenenalter als kriminell betrachtet würde
- Abhängig von juristisch-gesellschaftlicher Einschätzung (z.B. Graffiti als Sachbeschädigung; 90% gegen Sachen; 10% gegen Menschen)

Definitionen: Bullying V

- Wiederholt ausgeführte negative Handlungen eines oder mehrerer Schüler gegenüber einem anderen Schüler über einen längeren Zeitraum.
- Stärke-Ungleichgewicht zwischen Täter (Bully) & Opfer zu Ungunsten des Opfers.
- Richtet sich stets & wiederholt auf dieselben Opfer

Klinik: Eingeschränkte Affektregulationsfähigkeit I

Drückt sich in « schwierigem Temperament » aus, mit folgenden Merkmalen

1. Eine unregelmäßige Regulation biologischer Funktionen
2. Das Zeigen von Vermeidungsreaktionen angesichts neuer Menschen und Situationen
3. Ein langsames Anpassungsverhalten an neue Situationen
4. Eine hohe Intensität von Reaktionen
5. Eine vorwiegend negative Stimmungslage
6. Ein unregelmäßiges Ess- und Schlafverhalten
7. Eine heftige emotionale Reaktion auf Frustrationen

N.B.: hohe Ablenkbarkeit & Irritabilität oder Imbalance in den Orientierungs- und Regulationshandlungen bei « Schreikindern »

Klinik: Störungen i. Säuglingsalter II

NCCPIP-Klassifikation:

Störungen der Sozialentwicklung und Kommunikation
(Autismus u.a. tiefgreifende Entwicklungsstörungen)

Störung nach psychischen Traumen (akute
Einzelereignisse, oder chronisch resp. wiederkehrend)

Regulatorische Störungen (Hyper- oder Hyposensibler
Typus, aktiv-aggressiver T., regulationsbedingte Schlaf –
oder Essstörungen)

Affektstörungen (Angst- und Stimmungsstör.- hier:
überdauerndes Verlusterleben, Depression, Stimmungsschwankungen -
Stör. des emotionalen Ausdrucks, Deprivationssyndrom)

Reaktive Anpassungsstörungen

Klinik: Introvertiertheit vs. Extravertiertheit III

- Nach innen gekehrter Blick, Blickkontakt vermeidend
- Art der emotionalen Erlebnisse schwer bestimmbar
- Reagiert langsam auf Geschehnisse aus der Umgebung
- Funktioniert relativ unabhängig von der Umgebung, nicht leicht beeinflussbar
- Ängstliches Reagieren auf Fremde
- Stellt schwer soziale Kontakte her, verhält sich abwartend
- Kann sich gut beschäftigen, braucht kaum Stimulierung zur Fortsetzung der Handlungen
- Neigt kaum zur Imitation dessen, was in Umgebung geschieht
- Blickkontakt suchend
- Gemütszustand aus Gesichtsausdruck leicht herzuleiten
- Neigt dazu, auf Situationen aus Umgebung schnell einzugehen
- Funktioniert ziemlich abhängig von Umgebung, ist leicht beeinflussbar
- Sozialer Umgang ist breit, wenig Selektion
- Knüpft schnell soziale Beziehungen an, initiativ
- umgebungsabhängige Aktivitäten, benötigt zur Fortsetzung Anreize aus Umgebung
- Imitiert recht leicht Geschehnisse in der Umgebung

Klinik: Internalisierende Störungen (Angst, Depression) IV

Siehe entwicklungspsychopathologisches Verlaufsmodell IV (vorletzte Folie) oder Nicolay (1994, 2000)

Kinder mit späteren internalisierenden Störungen haben bereits als Säuglinge eine generell reduzierter Erregungsschwelle, sind schwerer zu beruhigen & zufriedenzustellen (« schwieriges Temperament »).

Ihre Eltern sind ihnen gegenüber emotional unsensibel & reagieren nicht kontingent auf die Bedürfnisse des Kindes.

Im Vorschulalter vermeiden sie die Erforschung der materiellen & sozialen Umwelt, sie sind verhaltensgehemmt, ängstlich, zurückgezogen.

Ihre Eltern schwanken dann zwischen autoritärem & gleichgültigen Verhalten.

Im KG werden sie von Gleichaltrigen beschrieben als fügsam & « Verlierer »: Gefahr: Isolation

Klinik: Externalisierende Störungen V

Kinder mit späteren externalisierenden Störungen haben ebenfalls als Säuglinge « schwieriges Temperament », speziell hyperaktives, impulsives & hektisches Verhalten

Ihre Eltern reagieren dem Kind gegenüber ablehnend und zuweilen aggressiv.

INKOMPATIBILITÄT El-K-Temperament => Überforderung, Konflikt, Stress => Symptomatik (idem bei Depr.)

Im Vorschulalter zeigt Kind aggressives & feindseliges Verhalten, also Betrugsstörung

Ihre Eltern werden zu diesem Zeitpunkt als autoritär-feindselig beschrieben; in El.-K.-Interaktionen kommt es häufig zu Eskalationen mit körperlicher Bestrafung. Zudem fördern El. keine sozialen Fertigkeiten.

In KG und Grundschule werden diese Kinder als « böse » beschrieben und abgelehnt (Isolation!)

Klinik: Externalisierende Störungen VI

- Prä- & perinatale Faktoren
- Säuglings-Kleinkindalter: « Schwieriges Temperament » resp. « Bindungsstörung »
- Frühe Kindheit: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gefolgt von Stör. mit Oppositionellem Trotzverhalten
- Kindheit: Störung des Sozialverhaltens (mit/ohne Substanzkonsum/Delinquenz im Jugendalter)
Im Schulalter: Modulation durch Schul- & Peersprobleme, soziale Isolation & Defizite, ungünstige Attribution, Bündnisse/Anschluss an « Gang »
- Jugendalter und Erwachsenenalter: Substanzkonsum; Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung als Endstadium

Klinik: Störung des Sozialverhaltens VII

- Andauernde Unfähigkeit, eigenes Verhalten innerhalb sozial definierter Regeln angemessen zu kontrollieren
- Merkmale, z.B.: Trotz & Widerstand gegen Autoritätspersonen, Aggressivität, Antisoziales Verhalten (s. Defin.)
- Diagnostische Probleme: z.T. Bestandteil der normalen Entwicklung (Konflikte mit Autoritäten als psych. Störung?)

Klinik: Merkmale von sozio-emotionalen Störungen VIII

- **Mangel an Kontrolle** (betr. Verhalten, Strebungen, Gefühle; keine innere Beherrschung)
- **Geringe Motivation** (keine aktive, positive Auseinandersetzung mit Umwelt, extrins. Motiv. statt intrinsische?)
- **Große Starrheit** (im Ausdrucksverhalten & soz. Aktivitäten; wenig flexibel, kreativ, So-tun-als-ob)
- **Mangel an Gegenseitigkeit** (z.B. bei Bewältigung von Problemsituationen, einfaches Sich-Durchsetzen, kein Hineinversetzen, keine Selbstkritik)
- **Verstoß gegen Regeln** (zu viel vs. zu wenig?)

Solche Merkmale finden wir auch im Spiel dieser Kinder !

Klinik: Klassifikation IX

- ICD-10:
Störung des Sozialverhaltens (SSV); hier:
oppositionell-trotzige Störung
- DSM-IV:
Störung des Sozialverhaltens
- Oppositionell-trotzige Störung

Weiterführend: siehe Nicolay (2000): Gewalt & Aggression bei Kindern & Jugendlichen. Anhang zu Band 2 « Interventionsmöglichkeiten »: Neue Chancen für entwicklungsbeeinträchtigte Kinder. SNE éditions

Klinik: Stör. Sozialer Funktionen & Bind. mit Beginn im KA X

- Elektiver Mutismus (Ein Kind mit nahezu normaler Sprachkompetenz spricht in bestimmten definierten Situationen nicht)
- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
- Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

Klinik: Klassifikation der Bindungsstörungen XI (nach ICD-10 & DSM IV)

- Reaktive Bindungsstörung des KA;
gehemmter Typus
- Reaktive Bindungsstörung des KA mit
Enthemmung oder reaktive
Bindungsstörung; enthemmter Typus

Reaktive Bindungsstör., gehemmter Typus (XI a)

- Stark widersprüchliche Reaktionen auf Bezugspersonen (Annäherung, Vermeidung, Widerstand, frostige Wachsamkeit), durchgängig, bei mehreren Personen
- Apathie, Unglücklichsein oder Furchtsamkeit
- Rückzugs- oder aggressive Reaktionen
- Fast immer als Folge von massiver Vernachlässigung oder Missbrauch
- 0-5 Jahre

Reaktive Bindungsstör. mit Enthemmung (XI b)

- Unübliche Diffusität im selektiven Bindungsverhalten (« sozial promisk »); als Baby wahlloses Anklammerungsverhalten, später dann wahllos freundliches aufmerksamkeitsuchendes Verhalten
- 0-5 Jahre

Bindungsstör. vs. Unsichere Bindungen (XI c)

- 40% aller Kinder sind unsicher an ihre Mütter/Väter gebunden:
unsicher-vermeidend,unsicher-ambivalent,
traumatisiert
- Doch die meisten sind nicht stark beeinträchtigt: z.B. us Bi. nur zu 1 Elternteil;
keine deutl. Probleme
- Bindungsstörungen i.e.S. haben nur wenige Kinder; - dann jedoch schweres Handicap für weitere Entwicklung

Forschung & Bindungstheorie I

- John Bowlby (1907-1990)
- Beziehungen zwischen Kleinkindern & Müttern; Trennung & Verlust der Eltern
- Konzepte der freudianischen und adlerianischen Psychoanalyse sowie Verhaltensforschung
- Empirische Orientierung

Bindungstheorie: Zentrale Annahmen II

- Angeborenes Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit in Beziehungen (Zugänglichkeit, Verhaltenskonsistenz & Feinfühligkeit von Bezugspersonen)
- Reale Beziehungserfahrungen prägen die Persönlichkeit (« innere Arbeitsmodelle »); sensible Perioden im KA & JA!
- Innere Arbeitsmodelle prägen Beziehungsverhalten (Wiederholungsneigungen, Sich-selbst-erfüllende Prophezeiungen)
- Relation: Bindungssicherheit & seelische Gesundheit

B.forschung: 4 Bindungstypen III

- A. **Unsicher-vermeidend/distanziert** Allein mit M.: gleichgültig gegenüber ihrer Sitzposition. Bei Raumverlassen, kaum Distress. O.K., wenn Fremder tröstet. Bei Rückkehr: Abwendung von Mutter statt Trost & Nähe suchen. Äußeres Desinteresse, aber erhöhte innere Erregung (Herzrate!)
- B. **Sicher** In Mutters Gegenwart: zufriedenes Spiel & Umgebungsexploration. Mäßiger Stress bei fremder Person (Epis. 3 & 4). Ärger, wenn Mutter zum 2. Mal geht. Kommt sie wieder: Umarmung, schnelle Beruhigung, Spiel. Balance zw. Nähe & Exploration, wenn Mutter präsent.
- C. **Unsicher-ambivalent/verwickelt** Besonders anhänglich; bleiben nah bei der Mutter u. scheinen auch in ihre Anwesenheit ängstlich. Sehr aufgeregt, wenn Mutter geht. Bei Rückkehr: sofort Nähe suchen, lassen sich aber nicht beruhigen. Sie zeigen Ärger & lehnen Spielsachen ab.
- D. **Desorganisiert/desorientiert (unverarbeitet/dissoz.)** Verschiedene Strategien im Verh.: Intensives Suchen nach Nähe, gefolgt von ebenso intensiver Ablehnung; widersprüchliche Verh.muster wie Nähesuchen & gleichzeitig. Wegsehen

Bindungstheorie & Aggression I

- Normale Auslöser von Wut und Aggression in Familien:
 - Geschwistereifersucht & -rivalität
 - Eifersucht erwachsener Partner
 - Bei Gefahr (wenn jmd etwas Gefährliches tut)
- Wenn immer die Beziehung zu einem geliebten Menschen oder dessen Leben in Gefahr ist, werden Menschen ängstlich oder wütend
- In solchen Situationen ist aggressives Verhalten sinnvoll und adaptiv

Bindungstheorie & Aggression II

- Typen von Beziehungen, in denen intensive Wut auftreten kann:
 - Beziehungen mit Eltern
 - Sexuell-erotische Beziehungen
 - Beziehungen mit Kindern
- Das ganze emotionale Leben einer Person, also wie sie sich fühlt, ist bestimmt durch diese langfristig eingegangenen Beziehungen
- Maladaptive familiäre Gewalt kann meist als verzerrte & übertriebene Version potenziell adaptiver Aggressionen verstanden werden.

Bindungstheorie & Aggression III

Am Beispiel körperlicher Misshandlung:

- Ein Aspekt wiederholter wütender Zurückweisung
- Folgen: Kinder werden depressiv, passiv, gehemmt, freudlos und gleichzeitig wütend & aggressiv
- Kind gegenüber misshandelndem Elternteil:
« gefrorene Wachsamkeit » & häufig permanente Aufmerksamkeit, um die Bedürfnisse des Elternteils zu erfüllen

Bindungstheorie & Aggression IV

- Verhalten körperliche misshandelter Kinder (1-3 Jahre) :
 - Kind initiiert Kontakt: kein Unterschied
 - Freundlicher fremdinitiiertes Kontakt: K. wendet sich ab oder es zeigt gleichzeitig/abwechselnd Annäherungs- & Vermeidungsverhalten(!)
 - Abruptes aggr. Verhalten ohne erkennbaren Anlass – insbesondere gegenüber Erwachsenen, zu denen das Kind anfängt, eine Beziehung zu entwickeln (!)
 - Kein Indikator für Mitgefühl mit anderen Kindern, die sich wehgetan haben oder traurig sind
- Sture Wiederholung der Behandlung, die das Kind selbst erlitten hat

Bindungstheorie & Aggression V

- Nachdem ein Kind eine solche Behandlung erlitten hat und anschließend solche problematischen Verhaltensmuster entwickelt hat, ist es nicht leicht für Erwachsene, ihm die kontinuierliche Zuwendung zu geben, die es braucht. (Auch nicht für Professionnelle!)
- Jeder von uns neigt dazu, anderen das anzutun, was ihm angetan wurde. Der tyrannisierende Erwachsene ist das tyrannisierte Kind von gestern (nach Bowlby).

Bindungstheorie & Aggression VI

Idem für Formen psychischer Misshandlung:

- **Ablehnen, Zurückweisen**
- **Erniedrigen, Entwürdigen**
- **Terrorisieren, Bedrohen**
- **Isolieren, Einsperren**
- **Fehlsozialisieren, Korrumptieren**
- **Ausbeuten, Ausnutzen**
- **Verneinung emotionaler Reaktionen**

Angstmotivierte Aggression VII; Prozessmodell

(1) Ängstlich-unsicher im Umgang mit anderen => (2) Übermäßige Erwartung hinsichtlich sozialer Anerkennung, übersensibel gegenüber Bedrohung, Ungewissheit hinsichtlich zwischenmenschlicher Zuneigung => (3) Aggression als Mittel, sich Respekt zu verschaffen (aber unangemessene Selbstbehauptung) => (4) Aggression führt zu emotionaler Erleichterung, also Verringerung der Angst (d.h. angenehmer Zustand) => (5) Immer häufiger wird Angst durch Aggression abgebaut (= Verstärkung) => (6) Gesteigerte Aggression bewirkt Bestrafung, Vergeltung und soziale Ablehnung von seiten der Umwelt => (7) Erhöhte Bedrohung => erneut ab (3)

Bindungstheorie & Entwicklungspsychopathologie I

Bindung im

Säuglingsalter / Vorschulalter / Schulalter

Sichere Bindung	=>	Sichere Bindung	=>	Soziale Kompetenz
Ängstl-ab-wehrende B.	=>	Schutz-suchende Bindung	=>	Internalisierende Verhaltensstör.
Ängstlich-Vermeidende Bindung	=>	Erpresserisch-eskalierende Bindung	=>	Externalisierende Verhaltensstör.

Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie II

Kindliche Verhaltensstör. & Probleme im Familienumfeld

Depression der Mutter, geringe Sensibilität und emotionale Reaktionen dem Kind gegenüber

korrel. mit =>

Verhaltensproblemen ab 3 Jahren sowie **internalisierenden Verhaltensstörungen** im Schulalter: Angst, sozialer Rückzug, motorische Unsicherheit, soziale Passivität und Unsicherheit

Geschwister- und Gleichaltrigenprobleme, starke und häufige Kritik am Kind, Eheschwierigkeiten, geringe emotionale Wärme

korrel. mit =>

Verhaltensproblemen ab 3 Jahren sowie **externalisierenden Verhaltensstörungen** im Schulalter: Ruhelosigkeit, Hyperaktivität, Trotzanfälle, Betrugsstörungen, geringe Konzentration, negative Stimmung

Bindungstheorie & Entwicklungspsychopathologie III

Bindungsverhalten von Vorschulkindern; problemhafte K-B-Interaktionen; soziale Kompetenz vs. Verhaltensstörungen

Sichere Bindung und soziale Kompetenz (III a)

Das Kind versucht, die Bindung dauerhaft mit der Bezugsperson zu erhalten, insbesondere bei sozialer Belastung, d.h.:

- Es vergewissert sich bei Bezugspersonen, ob seine Bewertung einer Bedrohung angemessen ist (z.B. « gefährlich? »).
- Es kommuniziert über mögliches Verhalten bei Bedrohung (z.B. allein/ in der Nacht, ...).
- Es vergewissert sich, ob seine eigenen Empfindungen und Gefühle bei einer Gefahrensituation angemessen sind.
- Es erkundigt sich über Verhaltenspläne und –regeln, die seine Sicherheit erhöhen.

Ein solches Kind zeigt im Idealfall **soziale Kompetenz**; es

1. Sucht nach Lösungen, wenn es sich mit Gleichaltrigen streitet oder mit Erwachsenen auseinandersetzt,
2. Beruhigt andere Kinder, wenn diese aufgeregt sind oder weinen und hilft ihnen in schwierigen Situationen,
3. Versucht, sich in die Lage anderer zu versetzen,
4. Kann sich in eine Gruppe Gleichaltriger gut einfügen,
5. Ist kooperativ,
6. Freut sich bei Erfolg,
7. Akzeptiert Kompromisse,
8. Nimmt auf jüngere und schwächere Kinder Rücksicht,
9. Geht mit eigenen und den Sachen anderer sorgsam um,
10. Hilft bei alltäglichen Aufgaben.

Schutz-suchende Bindung und ängstlich zurückgezogenes Verhalten (III b)

Das Kind sucht bei Gefahr die Nähe zur Bezugsperson, ohne dabei jedoch über seine Empfindungen und Befürchtungen zu sprechen, d.h.:

- Es reduziert die Vielfalt der Interaktion zur Bezugsperson und hält seine Empfindungen zurück (z.B. keine Antwort auf Nachfrage; folgt einfach nach).
- Es lenkt seine Aufmerksamkeit auf die Beobachtung der Bezugsperson, ihr Verhalten und ihre Gefühlsäußerungen, um daraus den Verhaltensplan der Bezugsperson zu erschließen (dies provoziert häufig Unverständnis & Ärger bei Bezugsperson).
- Es passt sich scheinbar an, um eine Balance zwischen Nähe zur Bezugsperson und der Provokation von Ärger zu erzielen (z.B. schnelle Erledigung von Aufgaben um schnell wieder in der Nähe zu sein)

Ein solches Kind wirkt **ängstlich-zurückgezogen**; es

1. Zieht sich vom Spiel mit anderen Kindern zurück, bleibt außenstehend und von der Gruppe isoliert,
2. Schaut den anderen Kindern beim Spielen zu, ohne sich zu beteiligen,
3. Ist oft traurig deprimiert und unglücklich,
4. Ist beim Spielen gehemmt, zurückhaltend und ungeschickt,
5. Spricht während des Spielens nur selten mit den Spielkameraden,
6. Ist schüchtern, furchtsam oder hat Angst vor neuen (unvorhergesehenen) Situationen,
7. Wird von anderen Kindern nicht bemerkt, fällt nicht auf,
8. Ist oftmals besorgt und beunruhigt,
9. Erscheint oft müde, erschöpft und abgespannt,
10. Lächelt oder lacht kaum oder hat oft einen neutralen Gesichtsausdruck.

Erpresserisch-eskalierende Bindung (III c)

Das Kind zwingt bei emotionaler Belastung die Bezugsperson dazu, sein Verhaltensziel (z.B. Nähe) zu erfüllen; d.h.:

- Es bedroht und besticht die Bezugsperson, ohne dabei jedoch zu einer zufriedenstellenden Verhandlung fähig zu sein. (z.B. lässt sich nicht auf später vertrösten, droht mit Weglaufen, feilscht um Minuten, ...)
- Es kann nicht über seine Ängste kommunizieren, sondern verhält sich z.B. wie ein Baby, um Mitleid zu erwecken oder es äußert Ärger und macht Vorwürfe, um Bezugsperson die Verantwortung zu übertragen
- Es steigert sich in seinen Ärger und/oder Bestechungsversuche hinein, bis es zur Eskalation kommt.

Ein solches Kind wird als **ärgerlich-aggressiv** beschrieben; es:

1. Ist leicht zu irritieren, wird leicht wütend,
2. Ist leicht zu enttäuschen, lässt sich leicht stören oder von etwas abbringen,
3. Fühlt sich herausgefordert, wenn es zurechtgewiesen wird,
4. Gerät oft in Streit mit Spielkameraden,
5. Beginnt leicht zu schreien und zu kreischen,
6. Wird böse, wenn es in seinen Aktivitäten unterbrochen wird,
7. Schlägt, beißt und tritt andere Kinder,
8. Schlägt auch Erwachsene, wenn es wütend ist,
9. Verführt oder zwingt andere Kinder, etwas Unerwünschte zu tun,
10. Widersetzt sich Erwachsenen, ist nicht folgsam

Entwicklungspsychopathologie: Beispiele für Verlaufsmodelle I

Ex.1: Wirkung von Schutz- (vs. Risiko)faktoren: (Flexibles, offenes, aktives) Temperament => pos. Eltern-Kind-Interaktion & Bindung (auch bei Belastung) => Schulleistungen => Selbstwirksamkeit / Selbstachtung => weniger Stress & mehr Unterstützung

Ex 2: Entwickl. antisoz. Verhaltens (Geburt bis zum Jugendalter)

Prä-& perinatale Faktoren => Schwieriges Temperament
=> Hyperkinetische Stör./ADSH => plus Schulprobleme
(d.h. Frustration-Aggress.) => Opposit. Verhalten => plus
Probleme mit Peers; plus evt. soziale Isolation oder
soziale Defizite, ungünstige Attribution => Aggression
=> evt. Bündnis mit dissozialen Jugendlichen =>
Delinquenz

Weitere Beispiele für Verlaufsmodelle II

Ex. 3: **Drei Entwicklungspfade zur Delinquenz bei Jungen:**

Der offene Pfad: vermindert-aggressives Verhalten (z.B. andere schikanieren) => körperliche Auseinandersetzungen => gewalttätiges Verhalten (z.B. Angriffe, Vergewaltigungen)

Der verdeckte Pfad: vermindertes verdecktes Verhalten (z.B. Lügen, kleinere Diebstähle) => Zerstörung fremden Eigentums (z.B. Vandalismus, Feuerlegen) => mittlere- bis schwere Delinquenz

Der Autoritätskonfliktentwicklungspfad (mit 10-12 J.): Halsstarriges & eigensinniges Verhalten => Trotzverhalten & Ungehorsamkeit => Vermeidung von Autorität (z.B. Weglaufen) => Wechsel zu offenem oder verdecktem Pfad

Weitere Beispiele für Verlaufsmodelle III

Ex. 4: Von Betragensstörungen zur Depression:

Erste Betragensstörungen

- ⇒ oppositionelles Verh., schwer zu unterrichten, geringe schulische Kompetenzen
sowie zusätzlich oder gleichzeitig
- ⇒ Konflikte mit anderen, Ablehnung, fehlende soziale Unterstützung
- ⇒ dann: deutliche Erfahrungen des Versagens in der Schule und Sozialkontakt, ungünstige Attribution
- ⇒ Steigerung der Symptomatik in der Adoleszenz
- ⇒ Depression

Weitere Beispiele für Verlaufsmodelle IV

Ex. 5: **Depressionsentwicklung:**

- Psychopathologie der Eltern; dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion (Bind.!); aversives familiäres Umfeld; belastende Ereignisse und Verluste &
 - Genetische Disposition sowie
 - Entwicklungsanforderungen & -übergänge; sozial-kognitive Entwicklung & Attribution; biologische Reifung; des Weiteren
 - interpersonale Probleme; belastende Ereignisse, fehlende Erfolgserlebnisse; mangelnde soziale Unterstützung, andere psychische Störungen oder Symptome
führen zu oder interagieren mit
- ⇒ Dysfunktionaler Emotionsregulation; unsicheren Bindungen; mangelnden Bewältigungskompetenzen; mangelnden sozialen Kompetenzen; dysfunktionalen Kognitionen/Attributionen
- ⇒ DEPRESSION mit Rückwirkung auf Kompetenzen und Regulierung

Entwicklungsaufgaben & Rolle der Bezugsperson

- Bis 3 Monate: Physiolog. Regulat.; sich zu jdn hinwenden
- 3-6 Monate: Spannungs- & Erregungskontrolle
- 6-12 Monate: **Aufbau einer stabilen & effektiven Bind.**
- 12-18 Monate: Erkundung & Bewältigung
- 18-30 Monate: Individuation (rel. Autonomie)
- 30-54 Monate: Impulskontrolle, Geschlechtsrollenidentifikation, **Gleichaltrigenbeziehungen**
- Sanfte Routinen, Synchronizität; Rhythmik
- Sensibilität; kooperative Interaktion
- Reagibilität; kontingentes Verhalten
- Sicherheit geben, z.B. wenn K. sich ängstigt
- Unterstütz. & Hilfestellung, wenn Aufg. nicht selbst bewält.
- Klare Verhaltensregeln; flexible Grenzen setzen; Normen & Werte vermitteln

Alterspezifische Entwicklungsaufgaben i.R. der Peersbeziehungen (= SOLL!)

- **Vorschulalter: positiver Austausch mit Gleichaltrigen:** Wahl von Spiel-/Interaktionspartner, Aufrechterhalt. von Interakt., Konfliktbewältig., Vergnügen empfinden i. soz. Interakt., akt. Teilnahme an Gruppenaktivitäten
- **Schulalter: Investitionen in die Gleichaltrigengruppe:** wie oben + loyale Freundschaften knüpfen, Toleranz gegenüber emotionalen Erfahr., enge Beziehungen erhöhen das Selbst, gleichgeschlechtl. Verbind. aufrechterhalten, zu Respekt u. Aufrechterh. von Gruppennormen & Gruppenkohärenz beitragen, Gruppen- Funktionsniveau koordinieren mit Freundschaften
- **Jugendalter: Integration des Selbst und der Gleichaltrigenbeziehungen:** Formen intensiver & intimer Bez., Selbstöffnung in gleichgeschl. Bez., Formen gegengeschlechtl. Bez., Eingehen sex. Bez.; dazu Selbstöffnung und Selbstidentität, Funktionieren in Bez. Netzwerken (Regelsysteme!); flexible Bez. aufbauen und koordinieren.